

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Embarazo heterotópico diagnosticado en una cesárea a término

Miguel Aragón Albillos*, Ana Fernández Alonso, María Felicidad López Gallego,
Gabriel Fiol Ruiz, Miguel Ángel Fernández Soriano y Francisco Alonso Aragón

Clínica Alboran, Centro Médico de la Mujer, Almería, España

Recibido el 2 de marzo de 2010; aceptado el 26 de noviembre de 2010

Accesible en línea el 27 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico;
Diagnóstico ecográfico;
Técnicas reproducción
asistida;
Cesárea

KEYWORDS

Heterotopic pregnancy;
Ultrasound diagnosis;
Assisted reproduction
techniques;
Cesarean delivery

Resumen El embarazo heterotópico está aumentando su incidencia como consecuencia del avance de las técnicas de reproducción asistida. Es importante realizar un diagnóstico precoz pues la rotura de la gestación ectópica puede llegar a ser una urgencia potencialmente mortal. Presentamos un atípico caso clínico en el que el diagnóstico de la gestación extrauterina se realizó en el transcurso de una cesárea electiva a término.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Heterotopic pregnancy diagnosed during an elective cesarean section at term

Abstract The incidence of heterotopic pregnancy is increasing as a result of the greater use of assisted reproduction techniques. Early diagnosis is important because a ruptured ectopic pregnancy can be life threatening. We present an atypical case of extrauterine pregnancy diagnosed during the course of an elective cesarean section at term.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La gestación heterotópica se define como la coexistencia de una gestación intraútero con otra ectópica. Es una situación extremadamente infrecuente y se asocia a una alta morbi-mortalidad materna.

La primera descripción de embarazo heterotópico se realizó en 1708 durante una autopsia realizada por Duverney. Aunque constituye una entidad infrecuente, su incidencia ha

crecido en los últimos años como consecuencia del aumento en los tratamientos de reproducción asistida. Se estima una incidencia 400 veces más alta en pacientes sometidas a fecundación in vitro que en gestaciones espontáneas¹.

La ecografía transvaginal es fundamental para establecer el diagnóstico de sospecha precoz, aunque la mayoría de las ocasiones la imagen de la gestación eutópica enmascara la extrauterina que suele presentarse cuando se complica con rotura o hemoperitoneo.

Resulta extraordinario que el embarazo ectópico no se accidente a lo largo de la gestación. Presentamos un caso en que el diagnóstico definitivo se hizo al realizar una inspección de las trompas poscesárea en la semana 41 de embarazo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maragona@meditex.es (M. Aragón Albillos).

Caso clínico

Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo un hermano con acondroplasia. Como antecedentes obstétricos destacan un aborto precoz y una cesárea por no progresión del parto en su embarazo anterior. Su actual gestación fue conseguida de forma espontánea, sin ningún tipo de tratamiento previo.

En la séptima semana de amenorrea acudió a urgencias por dolor en la fosa iliaca izquierda y metrorragia escasa. En la exploración se objetivó escasa salida de sangre por el cérvix y sensibilidad aumentada a la palpación del anejo izquierdo. En el examen ecográfico con sonda vaginal se visualizó un saco gestacional intraútero que contenía una vesícula vitelina de características normales y un embrión vivo, con CRL de 12 mm, acorde a su amenorrea de 7 semanas. Adyacente al ovario izquierdo, se apreció una imagen ecomixta de 20 x 18 mm que, en principio, se asoció a la presencia de un pequeño cuerpo lúteo gravídico hemorrágico. La paciente permaneció estable, remitiendo el sangrado y cediendo progresivamente la molestia abdominal, por lo que recibió el alta hospitalaria para control ambulatorio. A las dos semanas se repitió la exploración ecográfica, apreciándose un embrión vivo de 29 mm de CRL y habiéndose reducido a 15 mm la imagen anexial izquierda.

El resto del embarazo transcurrió sin incidencias. En la semana 41 +3 días, dado el antecedente de cesárea anterior, rotura prematura de membranas de 10 h de evolución con condiciones obstétricas desfavorables (prueba de Bishop 1) para inducir el trabajo de parto y el deseo de la paciente de planificación familiar definitiva, se opta por realizar una cesárea. Esta se efectuó sin complicaciones, a través de la incisión de Cohen y siguiendo la técnica de Misgav-Ladach. Nació un feto varón de 3.600 g y un Apgar de 9/10. Tras la histerorrafia se procedió a revisar ambas trompas, encontrando una masa de 3 x 2 cm en la porción distal de la trompa izquierda, próxima a las fimbrias, indicativa de embarazo tubárico no accidentado (fig. 1). En el polo superior del ovario homolateral se apreció una pequeña formación quística, de superficie oscura, de aproximadamente 1,5 x 0,5 cm. La trompa y el ovario derecho tenían un aspecto normal. Se realizó una salpingectomía

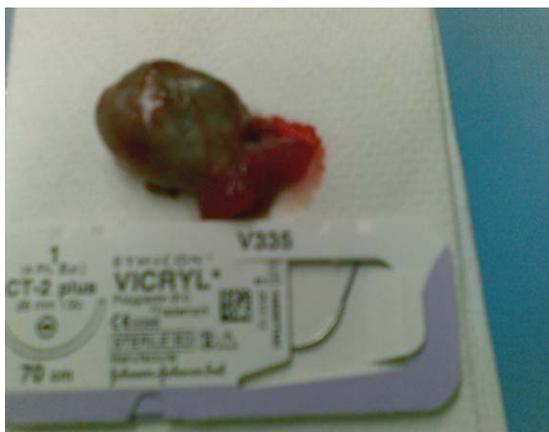


Figura 1 Aspecto de la trompa izquierda con la gestación ectópica tras su resección.

izquierda parcial que incluía la tumoración tubárica y una ligadura tubárica según técnica de Pomeroy en la trompa derecha, dado que la paciente solicitó el bloqueo tubárico bilateral con el correspondiente consentimiento firmado. Asimismo se practicó una cuña del ovario izquierdo, que englobaba la formación quística descrita previamente. El resto de la intervención y el postoperatorio transcurrieron sin incidencias, abandonando la paciente el hospital a los 3 días en perfecto estado.

El informe histológico fue el siguiente: «Embarazo ectópico antiguo en trompa izquierda (heterotópico). Fragmento de trompa derecha sin alteraciones. Cuña de ovario izquierdo: quiste lúteo del embarazo».

Discusión

La gestación heterotópica se define como la coexistencia de una gestación intraútero con otra ectópica, comúnmente tubárica, aunque también se han descrito en cérvix, ovarios, cavidad abdominal e incluso, en órganos tan alejados del útero como el bazo².

Se ha descrito un embarazo triple heterotópico con 2 sacos en la misma trompa³ y otro caso con un embarazo ectópico en cada trompa con una gestación única intrauterina⁴.

Es una entidad infrecuente, aunque su frecuencia está en aumento debido a las técnicas de reproducción asistida. Se han publicado frecuencias en gestación espontánea que van de 1/30,000 a 1/3,889³. En el caso de embarazos obtenidos con técnicas de inducción de ovulación y fecundación in Vitro (FIV), se ha estimado que la frecuencia de embarazo heterotópico puede llegar al 1%⁴. Este incremento se ha atribuido al alto nivel de hormonas circulantes, a la colocación de los embriones cerca de los ostia tubáricos, a la excesiva fuerza o volumen en la transferencia y al utilizar más de un embrión para la misma.

Además de la FIV, los otros factores de riesgo para el embarazo heterotópico son los mismos que para el ectópico, esto es, la enfermedad pélvica inflamatoria, el uso de inductores de la ovulación, la cirugía previa en las trompas y la existencia de embarazos ectópicos previos. Se ha publicado que el 50% de las gestantes con embarazo heterotópico habían tenido un embarazo ectópico en una o más ocasiones⁵. También se han implicado otras causas, como la exposición a dietilbestrol antes del nacimiento, la endometriosis y el tabaco⁵. Se han sugerido otros factores, como la multiparidad y la raza negra⁶. En nuestro caso no existía ningún factor predisponente.

A pesar de que su diagnóstico continúa siendo difícil, se puede sospechar clínicamente ante alguno de los siguientes supuestos:

- Embarazo obtenido con técnicas de FIV/inyección intracitoplasmática de espermatozoides.
- Persistencia de síntomas o signos de embarazo tras un legrado obstétrico.
- Persistencia de títulos altos de beta-HCG tras un legrado obstétrico.
- Abdomen agudo en paciente con masa anexial y embarazo intrauterino.

La presentación clínica es muy variada, siendo el dolor abdominal el síntoma más constante (97%) alrededor de la

5.^a-6.^a semana de gestación⁷. Sólo el 50% de los casos presenta hemorragia vaginal⁸. Muchos casos debutan con rotura tubárica y shock hipovolémico que precisa transfusión sanguínea.

La ecografía transvaginal constituye el mejor instrumento para realizar un diagnóstico precoz, especialmente en manos expertas. Se debe sospechar la presencia de un embarazo heterotópico cuando, además de la gestación intrauterina, se observe una masa anexial y líquido libre en el fondo de saco. La presencia de latido cardíaco en el embrión ectópico facilitaría el diagnóstico diferencial con un cuerpo lúteo hemorrágico.

No obstante, muchas veces su diagnóstico ecográfico es complicado (sólo se diagnostica el 56% en la semana 5-6 de gestación⁹), requiriendo la laparoscopia/laparotomía para su confirmación. La titulación de beta-HCG nos aporta muy poca información, debido a la presencia de una gestación intraútero¹⁰.

La probabilidad de que ambos tipos de embarazo lleguen a término es remota. Mientras que la tasa de mortalidad fetal para el embarazo extrauterino es superior al 95%, la supervivencia del uterino oscila alrededor del 70%. La mortalidad materna es inferior al 1% en el caso de embarazo ectópico tubárico, pudiendo llegar hasta el 8% si es de localización abdominal.

A pesar de sus posibles complicaciones, se han descrito gestaciones heterotópicas a término. Kranzfelder describe el caso de un embarazo heterotópico con 38 semanas con el nacimiento de un varón de 1.860 g y la posterior salpingectomía para extirpar la gestación tubárica¹¹.

En una carta al editor, Kominiarek et al¹² comunican un caso muy similar al nuestro, con el hallazgo de un embarazo tubárico de 5 x 5 cm en la porción proximal de la trompa derecha al realizar una cesárea en la semana 39 de gestación para extraer un feto con hidrocefalia en posición podálica.

Conclusiones

En la primera ecografía del embarazo, la presencia de una gestación intraútero debe completarse con la visualización de ambos anejos, especialmente en pacientes sometidas a técnicas de FIV o con antecedentes de gestación ectópica. Así mismo, la cesárea debe acompañarse de la una inspección

visual de los mismos para descartar posible patología anexial asociada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. García Mirás R, Gallego Ramos J, Prado González J, Trilles Aguabella E. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001;27:34–8.
2. Kitade M, Takeuchi H, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. A case of simultaneous tubal-splenic pregnancy after assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2005;83:1042.e19–21.
3. Alsunaidi M. An unexpected spontaneous triplet heterotopic pregnancy. *Saudi Med J.* 2005;26:136–8.
4. Jeong H, Park I, Yoon S, Lee N, Kim H, Park S. Heterotopic triplet pregnancy with bilateral tubal and intrauterine pregnancy after spontaneous conception. *Eur J Obstet Gynecol.* 2009;142:161–2.
5. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1264–70.
6. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996;65:1093–9.
7. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child—a case of heterotopic, intraabdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Case Report Hum Reprod.* 1999;14:1372–4.
8. Ruiz N, Mozo de Rosales F, Juarros B, Marqués M, Feliú P, Martínez Astorquiza T. Tratamiento clásico en dos gestaciones heterotópicas. *Prog Obstet Ginecol.* 2000;43:157–60.
9. Lavanya R, Deepika K, Patil M. Successful pregnancy following medical management of heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci.* 2009;2:35–40.
10. Tandon R, Goel P, Saha PK, Devi L. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2009;3:8153.
11. Kranzfelder D, Beier HJ, Albert P. Non-ruptured tubal pregnancy with survival of mother and child. *Geburth Frauenheilk.* 1988;71:549–57.
12. Kominiarek M, Diller R, Nordstrom S, Kilpatrick S. Heterotopic pregnancy: Incidental finding at a term cesarean delivery. Letter to the editor. *J Maternal-Fetal & Neonatal Med.* 2006;19:749–51.